

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Bc. Jakub Solčány

Důvody nástupu klienta do léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I

Why Do Clients Enter the Treatment in Therapeutic Community WHITE LIGHT I

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Praha, 2017

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Josefu Radimeckému, Ph.D., MSc. za cenné rady a zkušenosti, také za odborné vedení diplomové práce. Za vstřícnost a ochotu podělit se o své zkušenosti a za čas, který mi věnovali, děkuji klientům terapeutické komunity WHITE LIGHT I. Také děkuji mé partnerce Lence a dětem Matyášovi a Johance, kteří mi dávali mi prostor.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17.7.2017

Jakub Solčány

Podpis:

Identifikační záznam:

SOLČÁNY, Jakub. *Důvody nástupu klienta do léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I.* [*Why Do Clients Enter the Treatment in Therapeutic Community WHITE LIGHT I*]. Praha, 2017. Počet stran 53. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2017. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Teoretická část	11
2.1	Drogová závislost.....	12
2.2	Fyzické následky užívání drog	13
2.3	Psychické problémy spojené s užíváním drog.....	14
2.4	Sociální problémy spojené s užíváním drog.....	14
2.5	Změna a motivace	16
2.6	Teoretická východiska motivačního tréninku - Cyklus změny	17
2.7	Terapeutická komunita	18
2.8	Terapeutická komunita pro drogově závislé.....	20
3	Výzkumná část.....	23
3.1	Cíl výzkumu	23
3.2	Výzkumné otázky.....	24
3.3	Zdroje dat a metody jejich získávání	24
3.4	Výzkumný soubor	27
3.5	Způsob zpracování dat.....	27
3.6	Etika výzkumu.....	28
3.7	Pozice výzkumníka	29
3.8	Prostředí výzkumu	31
3.9	Profily klientů	32
4	Výsledky výzkumu.....	35
4.1	Ztráta bydlení	35
4.2	Touha po „normálním“ životě bez drog	36
4.3	Ztráta práce	39
4.4	Problémy se zákonem.....	40
4.5	Tlak rodiny.....	42
4.6	Zdravotní problémy	42
4.7	Oběť	44
4.8	Ztráta životních jistot	45
4.9	Souhrn.....	46
5	Diskuze	47
5.1	Závěr	48
	Literatura	50

Abstrakt

Otázka, co vede klienty k nástupu do terapeutické komunity WHITE LIGHT I, byla hlavním důvodem k provedení tohoto výzkumu. Může se zdát, že hlavním motivem je drogová závislost klientů, ale spíše mne zajímalo, co je ta poslední kapka, že dojdou k rozhodnutí se sebou něco začít dělat. Dle mých zkušeností to jsou spíše následky užívání drog než samotná závislost. Chtěl jsem tyto důvody prověřit.

Cílem výzkumu je zjistit a popsat důvody nástupu klientů do terapeutické komunity WHITE LIGHT I.

Práce je založena na kvalitativním výzkumu. Použité zdroje dat pro něj jsou životopisy klientů, otázky při přijetí, zápisy ze skupin a semistrukturovaný rozhovor. Výzkum jsem prováděl s osmi klienty terapeutické komunity WHITE LIGHT I, kteří se svou účastí v něm souhlasili. Pro zpracování dat jsem použil metodu tematické analýzy, která je pro cíl mého výzkumu nejvhodnější.

Z výzkumu vyplynulo celkem osm důvodů pro nástup do léčby. Jedná se o ztrátu bydlení, touhu po normálním životě bez drog, ztrátu zaměstnání, problémy se zákonem, tlak rodiny, zdravotní problémy, klient v pozici oběti (trestného činu, násilí apod.) a ztráta životních jistot. Zjištění z mého výzkumu korespondovala s důvody, které našli i jiní výzkumníci (Blomqvist, 1996; Cunningham, Koski-Jännes, & Toneatto, 1999). Nikdy k rozhodnutí nevedl jen jeden důvod, ale obvykle se jednalo o jejich kombinaci. Limity poznatků z mnou provedeného výzkumu vidím především v malém výzkumném souboru. Pro důkladnější ověření mnou stanovených hypotéz by proto bylo dobré provést podobný výzkum na větším vzorku klientů terapeutických komunit.

Klíčová slova: terapeutická komunita, léčba, závislost, důvody nástupu, klient

Abstract

The question of what leads clients to onset of the WHITE LIGHT I therapeutic community was the main reason for this research. It may seem that the main motive is the drug addiction of clients, but I rather wonder what the last drop is, that they come to make a decision to do something about themselves. In my experience, it is the consequences of drug use rather than addiction itself. I wanted to examine those reasons.

The aim of the research is to find out and explain the reasons for clients entering the Therapeutic community WHITE LIGHT I.

The thesis is based on qualitative research. The methods used to obtain data are clients' biographies, questions on admission, records of the therapeutic groups and semistructured interview. I conducted the research on eight WHITE LIGHT I community clients who agreed to participate in the research. For data processing, I used the thematic analysis as a method, which is the most appropriate for a given need.

The research revealed eight reasons for getting treatment. It is a loss of housing, a desire for a normal life without drugs, loss of employment, problems with the law, family pressure, health problems, client in the position of victim (crime, violence, etc.) and loss of life expectancy. Findings from my research corresponded to the reasons found by other researchers (Blomqvist, 1996) (Cunningham, Koski-Jännes, & Toneatto, 1999). Never had one reason for the decision but it was usually a combination of these reasons. I see the limitations of research mainly in a small research group. For a closer examination of the hypotheses set by me, it would be good to carry out similar research on a larger sample of clients of the therapeutic communities.

Keywords: therapeutic community, treatment, addiction, reasons of onset, client

1 Úvod

Výběr tématu diplomové práce měl zajímavý vývoj. Opakovaně jsem se účastnil diskuzí s kolegy z ostatních léčebných zařízení o dobrovolnosti léčby klientů terapeutických komunit. Obecný názor, z nich vyplývající, je takový, že do terapeutických komunit nastupují klienti dobrovolně, kdežto do psychiatrických nemocnic/léčeben nastupují nedobrovolně, pod nátlakem. Tato tvrzení stojí podle mého názoru na chabých základech především v tom, že i z psychiatrické nemocnice/léčebny může klient kdykoliv, když se rozhodne, na tzv. revers odejít. Nikdo mu v jeho rozhodnutí nezabrání. Samozřejmě mu bude poskytnuta krizová intervence a bude instruován o možných rizicích svého jednání.

Ptal jsem se proto, jak to tedy skutečně je? Při vstupních rozhovorech mi klienti často tvrdili, že do terapeutické komunity nastupují po nějaké nepříjemné zkušenosti, v důsledku tlaku rodičů či jiných okolností apod.

Jak tento zajímavý fenomén zpracovat? Nejdříve jsem chtěl zpracovávat „otázky při přijetí“, které klienti při nástupu do naší komunity zpracovávají a kde se jich ptáme, proč nastupují do léčby zrovna teď? Ale přišlo mi to jako chudý zdroj dat. Proto jsem se rozhodl zdroj vstupních dat rozšířit a zkoumat i životopisy klientů, zápisy z jejich autobiografických skupin a vést s klienty na dané téma semistrukturovaný rozhovor.

Můj názor je takový, že klienti přicházejí do terapeutické komunity se stejnými pohnutkami, jako přicházejí do jiných léčebných zařízení. Zajímavým momentem, který se při kódování objevil a zasloužil by si jistě další výzkum, byl ten, že kdyby existovala látka měnící vědomí, která by se užívala bez jakýchkoliv následků, tak by klienti do léčby vůbec nenastupovali.

Při rešerši tématu k diplomové jsem zjistil, že není mnoho výzkumů k danému tématu. Patrně nejbližší mé práci je Blomqvist (1996), který se ve své práci zabývá otázkou, zda je možná přirozená údrava drogově závislých. Došel k celkem 12 faktorům, které přirozenou údravu drogově závislých podporují.

Další podobný výzkum se zabýval identifikací momentů, kdy drogově závislý vyhledá jakoukoliv adiktologickou službu (Brunelle, a kol., 2015). Ve svém výzkumu zmínili sociální problémy, především nápravu rodinných vztahů, zdravotní problémy (psychické i fyzické). Zajímavým momentem bylo zjištění, že někteří z respondentů vyhledali služby s

očekáváním, že by mohl přijít ten správný impuls pro rozhodnutí s drogovou závislostí něco udělat. Mnoho respondentů uvádělo, že vyhledali adiktologickou službu jen proto, že cítili tlak z okolí, převážně soudů, probačních úředníků, rodiny, zaměstnavatele apod.

Jiná studie, zabývající se otázkou, proč drogově závislí přestávají užívat drogy, dospěla k velmi podobným výsledkům. Její autoři se snažili zjistit důvody ukončení užívání i podle hlavní drogy uživatelů. Pro kuřáky cigaret a tabáku bylo primárním důvodem změny obavy o jejich zdravotní stav. Pro uživatele marihuany, kokainu, cracku a těžké pijáky alkoholu byly důvody pro ukončení užívání vnitřní osobnostní změny (především osobnostní vyvrátání) a osobní rozhodnutí již dále drogy nebrat (Cunningham, Koski-Jännes, & Toneatto, 1999).

V domácích podmínkách podobnou studii dosud nikdo neprováděl. V diplomové práci Jedlička (2016) uvádí některé z důvodů, které respondenti jeho výzkumu uvedli na otázku, proč nastoupili do léčby. Zmiňuje i dobrovolnost či nedobrovolnost nástupu do léčby.

Ve své práci se zabývám důvody, pro které drogově závislí vyhledají léčbu v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Šlo mi o to zjistit, co v jejich životě rozhodlo, jít se léčit. Zjištění těchto důvodů není patrně tak důležité pro klienty samotné, ale může pomoci odborným zařízením v jejich práci s drogově závislými a jejich blízkými.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. V teoretické se snažím podat potřebné informace k porozumění problému, tj. snažím se vysvětlit základ a pozadí výzkumu.

V praktické části se věnuji samotnému výzkumu realizovanému v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I a prezentuji výsledky, ke kterým jsem došel.

2 Teoretická část

Zkušenost se zneužíváním návykových látek může přinášet řadu komplexních zdravotních a sociálních problémů, které mnohdy vedou k žádosti o léčbu závislosti. Rozhodnutí uživatele drog k žádosti o léčbu (tedy ke změně chování a způsobu života) může být ovlivněno mnoha faktory. V odborné literatuře není problém najít jejich různé výčty, nejčastěji ovšem v souvislosti se zkoumáním účinnosti léčebných intervencí v souvislosti s užíváním drog. Např. v Přehledu účinnosti intervencí protidrogové léčby (Schulte a kol., 2010) jsou vymezeny následovně: osobní demografická charakteristika (např. pohlaví, věk, etnický původ), typy užívaných drog (případně způsob užívání), rozsah fyzického a psychického poškození a zdravotních komplikací, povaha životní situace, míra sociální podpory a aktuální stresory. K dispozici jsou také demografické charakteristiky uživatelů drog v době nástupu do léčby, v ČR např. v Národním registru léčby uživatelů drog spravovaném Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Ten kromě demografických údajů eviduje údaje o užívaných drogách, způsobu jejich užívání, spíše orientační report uživatele o infekčních nemocech (HIV, virové hepatitidy), na které byl testován a také některé sociální charakteristiky (bydlení, zaměstnanost v posledních 30 dnech).

Relativně aktuální charakteristiky klientů českých terapeutických komunit poskytuje výzkumná studie Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti, ve které autor Šefránek (2014) zkoumal změny v užívání, kriminálním chování a dalších oblastech u 176 klientů 4 českých terapeutických komunit jeden rok po ukončení léčby. Studie uvádí srovnání charakteristik uživatelů – žadatelů o léčbu a uvedené skupiny klientů terapeutických komunit. Mezi klienty terapeutických komunit je vyšší frekvence užívání opiátových drog a benzodiazepinů, větší podíl klientů, kteří začali užívat drogy před patnáctým rokem života a vyšší frekvenci injekčního užívání drog než u skupiny klientů, kteří se studie nezúčastnili, ale výzkumníci je kontaktovali. Takové rozdíly mezi klienty terapeutických komunit a všemi žadateli o léčbu poukazují na závažnější míru problémového užívání drog mezi klienty terapeutických komunit. Tyto charakteristiky užívání drog a s ním spojeného chování představují pro klienty značné riziko zdravotních poškození, osobních i sociálních obtíží. Porovnání ukázalo závažnější profil obtíží u klientů terapeutických komunit než u všech žadatelů o léčbu.

Předpokládám, že to, co vede uživatele drog ke změně životního stylu směrem k bezpečnějšímu, méně rizikovému či zdravějšímu, tedy i k rozhodnutí o nástupu do léčby, jsou především zkušenosti s negativními důsledky užívání drog. Zastavím se proto v následujících kapitolách u stručného popisu negativních důsledků užívání drog v základním rozdělení: fyzické důsledky, psychologické důsledky a sociální problémy (včetně problémů s trestní justicí) (Schulte a kol., 2010). Budu se věnovat negativním důsledkům užívání jen těch látek, které uvádějí klienti naší terapeutické komunity jako užívané před nástupem do léčby. Jde o: opiáty, stimulancia, konopné a/nebo halucinogenní drogy.

Hovoříme-li v souvislosti s užíváním drog o problémech zdravotních, sociálních nebo trestně právních, tvrdit, že tyto obtíže jsou jen důsledkem užívání drog by bylo nepřesné. Než zjednoduším negativní důsledky užívání drog prostým rozdělením na tři skupiny, chci předeslat, že si uvědomuji, že některé problémy jsou evidentně způsobené užíváním, ale jiné mohou například souviset s nelegálním statusem užívaných látek (Gossop, 2004), nebo s výskytem jiné diagnózy v době, kdy uživatel drog ještě drogy neužíval (např. deprese, úzkostné stavy, poruchy osobnosti apod.) nebo sociálními, psychologickými a biologickými faktory.

2.1 Drogová závislost

Biomedicínský model závislosti považuje drogovou závislost za chronickou nemoc, špatně léčitelnou, s častými vracejícími se atakami a možná i nevyléčitelnou (Kalina & Radimecký, 2003). Dle tohoto modelu není závislost sice úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k jisté stabilizaci závislého, avšak důležitou podmínkou je trvalá abstinence od návykových látek. Vize „abstinence až do smrti“ je často pro závislé nepřekonatelná překážka.

Bio-psycho-sociální model závislosti rozšiřuje závislost o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů (Kalina, 2003). Tento model dává naději a víru v závislého člověka, že by mohl svou závislost překonat, mohl by se uzdravit a stát se platným členem společnosti.

Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2008) charakterizuje syndrom závislosti na psychoaktivních látkách touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látku. Tuto

touhu nebo puzení si drogově závislý obvykle uvědomuje, ale nemusí si ji přiznat, může žít v bludu, že s užíváním návykových látek může kdykoliv přestat. Po čase se někteří snižovat dávku či brát kontrolovaně, ale obvykle selhávají. Syndrom závislosti je v MKN popisován jako „seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav.“ (WHO, 2008, str. 198)

Mezi diagnostická kritéria závislosti patří silná touha užívat návykovou látku, problémy v kontrole užívání návykové látky, závislý užívá návykovou látku k odstranění odvykacích stavů, potřeba stále vyšších dávek k navození stejného účinku jako na začátku užívání, zanedbávání dosavadních zájmů a povinností ve prospěch užívání drogy, závislý potřebuje více času k obstarání drogy, užití drogy a následné rekonvalescence, závislý pokračuje v užívání drogy i přesto, že si je vědom a zná následky dalšího užívání. (Kalina, 2008)

2.2 Fyzické následky užívání drog

Užívání drog s sebou zpravidla po delší době přináší negativní zdravotní důsledky. Z hlediska fyzického poškození je nejrizikovějším způsobem užívání drog užívání injekční, zejména pak sdílení injekčního náčiní a dalších parafernálií k užívání drog. To je nejčastěji spojeno s výskytem lokálních infekcí, mezi nejčastější patří problémy s cévním systémem, abscesy, záněty, kožní infekce (impetigo) a různé další infekce způsobené návykovou látkou, jejíž čistota a kvalita bývá různá, nebo nedodržováním hygienických pravidel při jejich aplikaci. Infekce se u injekčních uživatelů drog přenáší převážně nesterilním injekčním náčiním, nedodržováním hygienických zásad při aplikaci látky a při společném používání téhož injekčního a dalšího náčiní více lidmi. Somatické komplikace v souvislosti s užíváním drog představují vážnější problém než samotná závislost na psychotropních látkách (Minařík & Řehák, 2008). Mezi takové komplikace spojené s injekčním užíváním drog patří infekční nemoci přenosné krví (především virové hepatitidy a HIV). Vedle infekčních chorob je dalším rizikem užívání drog předávkování, někdy končící těžkým poškozením nebo smrtí.

Vysoce riziková je rovněž prostituce, která je buď součástí životního stylu uživatelů nebo prostředkem k obstarávání drog či finančních prostředků na ně.

Mezi další faktory, které se podílejí na zdravotních komplikacích patří frekvence užívání drog, velikost dávky a případné kombinace užívaných drog.

Další somatické potíže: poškození kardiovaskulárního systému, poškození dýchacího systému, onemocnění ledvin, onemocnění oka, postižení centrálního nervového systému.

2.3 Psychické problémy spojené s užíváním drog

Užívání drog může vést k psychickým potížím, jednak k prohloubení stávajících onemocnění nebo k propuknutí nových onemocnění. Výskyt úzkostí a deprese je častější než v běžné populaci a klienti s poměrně závažnými duševními obtížemi se běžně vyskytují v léčebných zařízeních, včetně terapeutických komunit. (Gossop, 2004). Podle různých studií a zpráv se duální diagnóza vyskytuje u 30 - 60 % užívajících návykové látky, uživatelé trpí depresí, úzkostmi, psychózou, sexuálními poruchami a dalšími poruchami osobnosti. (EMCDDA, 2004; Kalina & Vácha, 2013) Nejčastějšími dalšími poruchami jsou neurotické a afektivní poruchy, u žen pak poruchy příjmu potravy. Kombinace diagnostikované závislosti s jinou psychiatrickou diagnózou se označuje jako duální diagnóza. Léčba klientů s duální diagnózou je komplikovaná, někdy dochází k tomu, že klienty odmítají psychiatrická zařízení s tím, že se jedná o diagnózu závislosti a zařízení zaměřené na závislosti je odmítají z důvodu, že se jedná o psychiatrickou diagnózu. Tito klienti se potom mohou nalézat v začarovaném kruhu, ze kterého nevědí jak ven. Kalina (2015) k tomuto tématu uváděl, že každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné léčení, než to, které mu standardní program terapeutické komunity nabízí. Naštěstí v nabídce služeb pro drogově závislé je již několik zařízení, kteří se zaměřují na léčbu klientů s duální diagnózou.

Klienti terapeutických komunit uváděli různé potíže v oblasti fyzického a psychického zdraví v době zahájení léčby v terapeutické komunitě. Na otázku, zda jsou spokojeni se svým zdravotním stavem, odpovědělo kladně jen 51 % (Šefránek, 2014).

2.4 Sociální problémy spojené s užíváním drog

Pravidelná konzumace drog je pro uživatele výraznou ekonomickou zátěží a málokdo to zvládne jen z legálních zdrojů. Majetková kriminalita, prodej (případně

výroba) drog a prostituce jsou obvyklými způsoby financování užívání drog. Opakovaně byla prokázána souvislost mezi užíváním nelegálních drog a pácháním trestné činnosti (např. Gossop, 2004; Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 2000; Mravčík, a kol., 2010). Ale v některých případech kriminalita a jiné antisociální chování předchází užívání drog a jsou tedy asociovány s jinými obtížemi. Mnoho uživatelů bylo zapojeno do trestné činnosti dříve, než začali užívat návykové látky. (Šefránek, 2014)

Drogová závislost časem vede u většiny uživatelů k podobným sociálním změnám a problémům. Žebříček hodnot se u závislého člověka mění. Mění životní styl a zájmy, celý život se stává šablonovitým (Kalina, 2015). Na prvním místě je droga a vše se točí jen kolem toho, jak a kde sehnat další dávku drogy, aby mu bylo lépe, aby neměl bolesti, aby dokázal relativně normálně fungovat. K tomu potřebuje určité množství návykové látky a to je pro něj obtížnější. Drogově závislý má obavy především z abstinčního syndromu, je to pro něj nepříjemný stav a zároveň jakýsi strašák, který nechce zažít, proto se snaží obstarat si drogu za každou cenu. Zpřetrhává své původní sociální kontakty, protože na ně nemá vůbec čas. Nové sociální kontakty má především z drogového prostředí. Objevují se problémy ve škole nebo v práci, které drogově závislý začne zanedbávat a často končí ukončením pracovního poměru nebo školní docházky. Tím přicházejí o legální příjem ze zaměstnání nebo sociálních dávek. Dále se snaží vše financovat z úspor, pokud nějaké mají, následně začínají využívat půjček jak z bankovní, tak i nebankovní sféry. Rozprodává své osobní věci, případně začne krást doma cennosti. Trestná činnost na blízkých osobách obvykle vede ke značným konfliktům v rodině. Rodiče si začnou připouštět, že se s jejich potomkem něco děje a začnou pátrat. Zjistí, že užívá drogu. U některých rodičů může dojít k popření celé situace a namlouvání si, že musí být vše úplně jinak. Této situace umí závislý velmi dobře využít a těžit z rozporu mezi rodiči. Nevyhnutelné zjištění, že dítě bere se tím akorát posune. Narušení rodinných vazeb vede k vyhození závislého z domova, stává se z něho bezdomovec, který bydlí po kamarádech squatech apod. Užívání návykových látek je finančně velmi náročné a riziko páchání kriminální činnosti je velmi vysoké. Trestná činnost v podobě podvodů, krádeží, loupeží, výroba a distribuce omamných látek, prostituce apod. je hlavním pracovním poměrem drogově závislých. Dluhy jim narůstají do závratných výšek, neřeší půjčky, sociální a zdravotní pojištění.

V určitém stadiu závislosti člověk ztrácí kontrolu nad sebou, je ovládán drogou, nekontroluje své chování, je neschopen se ovládat, je nespolehlivý. Zájmy, které dříve

míval jdou stranou, jeho jediným zájmem je droga. Potřeby druhých, včetně jeho blízkých ho vůbec nezajímají. Je velmi sociálně zdatný, velmi dobře se orientuje ve svém sociálním okolí a umí toho využít ve svůj prospěch. Manipuluje okolím a velmi obratně lže. Dochází u něj ke změně osobnosti. Nemůže se spolehnout na nikoho v jeho současném sociálním okolí, které zneužívá drogy stejně jako on. Při ztrátě sociálních kontaktů mimo drogové prostředí, což je běžná situace, je riziko recidivy u drogově závislých, kteří se rozhodli pro léčbu mnohem vyšší.

Společenské normy a pravidla pro drogově závislého jakoby neexistují, nedokáže je přijmout za své, tím se jeho chování stává pro společnost nežádoucí. Dostává se do kruhu, kdy je společností označen za drogově závislého a i kdyby chtěl s užíváním přestat, tak tuto nálepku má stále a je pro něj obtížné se toho vymanit. Drogově závislý není přijímán většinou společností a ta na něj vytváří tlak ke změně, obvykle dochází k sociální exkluzi drogově závislého. Drogově závislý se ocitá na okraji společnosti, což mu přináší další negativní sociální důsledky, dochází ke stigmatizaci. Průzkumy ukazují, že uživatelé drog se stávají jednou ze skupin společnosti, která není veřejností příliš tolerována. Např. 89% lidí by nechtělo mít uživatele drog za své sousedy a 77% osob by nechtělo mít za sousedy alkoholiky (CVVM, 2017). Společnost odmítá a nepřijímá drogově závislého a ten raději setrvává v drogovém prostředí, které je pro něj přívětivější a dostává se mu přijetí a případně i uznání. To představuje riziko pro ty, kteří se pokoušejí dostat ze své závislosti a pokoušejí se zařadit do většinové společnosti. I po absolvované léčbě mají nálepku drogově závislého a získat si důvěru okolí je pro ně mnohem obtížnější.

Člověk užívající drogy se může odcizit svým přátelům, rodině a jen málo se stýkat s lidmi, kteří drogy neberou. Řada uživatelů drog řadí mezi své nejčastější problémy ztrátu nebo poškození (v minulosti) důležitých vztahů a přátelství, neúspěch v navazování uspokojivých vztahů a přátelství (a to často i před tím než začali užívat drogy) a neschopnost najít přátele nebo blízké lidi, kteří drogy neužívají (Lowinson, Ruiz, Millman, & Langrod, 2005).

2.5 Změna a motivace

Stimson a Oppenheimer (Stimson & Oppenheimer, 1982) zmiňují ve výsledcích 10 let trvající studie se 130 uživateli heroinu (klienti kliniky závislostí v Londýně), že k rozhodnutí přestat brát drogy přispěla změna v rovnováze mezi důvody pro a proti jejich

užívání návykových látek. Konflikt mezi důvody pro další užívání drog a důvody pro to, aby se s ním přestalo, se stává zdrojem napětí. Stimson a Oppenheimer (1982) tvrdí, že uživatelé spíš, než by si nebyli vědomi nepříznivých důsledků svého chování, prožívají ve skutečnosti vnitřní boj slasti a bolesti.

Motivace je popsána jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince“ (Kalina, 2001, str. 66-67). Vlivem užívání drog se tato základní osobnostní dimenze mění, jednak stoupajícím zájmem o užívání drog na úkor jiných aktivit a dále ztrátou energie, potřebné k prosperitě a růstu jedince.

Miller a Rollnick (2003) chápou motivaci jako stav připravenosti ke změně či touhu po ní, tento stav se v různých situacích a s časem proměňuje a lze jej ovlivnit. Motivace tak může být definována jako pravděpodobnost, že člověk nastoupí cestu ke změně, bude v ní pokračovat a bude dodržovat postup vedoucí ke změně. To ovšem může být ovlivňováno mnoha různými podmínkami, včetně těch, které jsou mimo dosah vůle člověka uvažujícího o změně. Proto autoři metody motivačního tréninku (podrobněji viz dále) navrhují, aby motivace nebyla chápána jen jako typický povahový rys nebo jako problém osobnostní, ale jako o vnitřní stav ovlivněný vnějšími faktory. Toto chápání motivace se mi jeví pro potřeby této práce jako nejvhodnější.

2.6 Teoretická východiska motivačního tréninku - Cyklus změny

Prochaska a Di Clemente (1999) popsali několik fází, kterými lidé v průběhu změny procházejí. Jde o tzv. cyklus změny, který je rozdělen na šest dílů. Kruh vyjadřuje realitu průběhu změny, jde o cyklický proces, který může člověk, než dosáhne stability po změně, absolvovat několikrát. Vstupními dveřmi do procesu změny je fáze „prekontemplace“ (někdy umísťovaná také mimo samotný kruh změny), v této chvíli ještě daná osoba nezačala o změně ani přemýšlet, ještě ji nenapadlo, že by změna mohla být žádoucí. Člověk, který ještě o své situaci nepřemýšlí jako o problémové, potřebuje dostat informaci, zpětnou vazbu (ideálně v podobě zážitku), aby si uvědomil svoje potíže a zároveň možnost věci změnit. Jakmile se jisté uvědomění problému objeví, ocitá se člověk ve fázi „kontemplace“, která je charakteristická ambivalencí. V této fázi jedinec uvažuje o změně a zároveň ji odmítá. Jde o obvyklý proces změny, zkušenost, kterou člověk v této fázi prožívá, se dá přirovnat k pohybu na houpačce mezi důvody pro a proti, rychle se střídá motivace ke změně s motivací pokračovat beze změny. V této fázi člověk často

hledá pomoc u odborníka, v případě uživatelů drog ve službách pro ně určených. Během této fáze se otevírají možnosti postoupit směrem k činům do další fáze „rozhodnutí“ a proces změny pokračuje. Pokud ne, člověk se vrací (nebo zůstává) ve fázi „kontemplace“.

Další fází je „akce“, ve které se člověk zavazuje k určitému činu se záměrem realizovat změnu v dané problémové oblasti. V případě uživatelů drog jde nejčastěji o změnu směrem k abstinenci, ke snížení užívání nebo k bezpečnějšímu užívání. Nastalá změna ovšem nezaručuje, že u ní zůstane, nakročení ke změně je často následované drobnými i většími kroky zpět – relapsy. V další fázi „udržování“ je třeba zachovat změnu, které bylo dosaženo a relapsům předcházet – k tomu je třeba jiných dovedností a metod, než bylo třeba pro fázi dosažení změny. Pokud nastane fáze „relaps“ je úkolem dané osoby vydržet pokračovat na kole změny, návratem do některé z následujících (či předchozích) fází.

Orford (2001) uvádí, že motivace ke změně vychází z nahromaděných ztrát, nákladů nebo škod, jež jsou důsledkem, které převýší zisky, prospěch či příjemné účinky do té míry, že konflikt mezi touhou pokračovat a jinými potřebami vyžaduje nějaké rozhodnutí týkající se daného chování. Popření nevzniká, protože by lidé neviděli, co si způsobují, ale protože se rozhodli, že to neuvidí. Pokud by to viděli, museli by si říct, že přestanou brát drogy, což by, ve stadiu ranějším, než je stádium akce v kruhu změny, byla myšlenka příliš ohrožující.

2.7 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita bývá definována různými způsoby, mezi nejčastější patří, že se jedná o strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje léčbu. Nabízí bezpečné prostředí pro léčbu a růst, to se děje především prostřednictvím sociálního učení a interakcí v prostředí s jasnými a srozumitelnými pravidly (Kalina, 2001).

Lze rozlišit dvě základní pojetí terapeutické komunity, širší jako formu organizace léčebné jednotky a užší pojetí jako psychoterapeutické metody.

V širším pojetí je terapeutická komunita formou řízení instituce nebo jeho oddělení, kde je kladen důraz na všestrannou a otevřenou komunikaci všech členů a na spoluúčast nižších složek, včetně pacientů/klientů na léčbě a rozhodování. Pacienti/klienti přestávají být pasivními konzumenty léčby/terapie a jsou vedeni k tomu, aby si vzájemně pomáhali a aktivně se podíleli na své vlastní léčbě. V tomto pojetí není terapeutická komunita formou

skupinové psychoterapie, ale novým typem organizace zařízení, které usnadňuje a umocňuje terapeutické působení.

Na terapeutickou komunitu v užším slova smyslu je možné dívat se jako na určitou metodu nebo způsob léčby různých poruch chování, využívající dynamického kontextu společně žijících osob. Vlastní terapeutická komunita v užším smyslu je specifická léčebná metoda, při níž se v rámci obecné terapeutické komunity vytvářejí intenzivní a dobře organizované malé skupiny s primárním cílem strukturální přestavby klientovi osobnosti a jeho socializace (Kratochvíl, 1979).

Hlavním východiskem terapeutické komunity, je využívání modelových situací malé skupiny pro projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů případně s následujícím nácvikem adaptivnějších forem chování. Pobyt klientů s různorodými osobnostmi v každodenním kontaktu je jistým modelem společnosti, v němž člověk žije venku. Klienti promítají do vztahů s okolím své vztahy, problémy a konflikty ze života venku, s tím rozdílem, že venku se může některým interakcím vyhnout, což v terapeutické komunitě jde obtížněji. Problémy, interakce a konflikty, které se odehrávají v komunitě, pak tvoří terapeutický materiál, se kterým se dále pracuje. Klient se na něm učí poznávat svůj podíl na vytváření a opakování konfliktů, zároveň mu terapeutická komunita dává možnost vyzkoušet i jiné/nové formy chování (Kratochvíl, 1979).

Terapeutické komunity začaly vznikat po 2. světové válce v USA a ve Velké Británii, zprvu jako určitý model psychiatrické péče, kdy byla dána pacientům jistá aktivní role v rozhodování o chodu zařízení/oddělení. Jedna z prvních terapeutických komunit vznikla ve Velké Británii a podílel se na ní Maxwell Jones v nemocnici v Belmontu. Na jeho práci navázali další průkopníci a následovníci. (Nevšímal, 2004)

V českém prostředí začaly vznikat terapeutické komunity zpočátku pro osoby s neurotickými poruchami. Ferdinand Knobloch od roku 1949 experimentoval s terapeutickou komunitou v různém prostředí a nakonec zakotvil v Lobči u Mělníka. Ve své práci se inspiroval přímo u M. Jones v Anglii. Další terapeutické komunity pro neurotiky inspirované v Lobči vznikaly v Sadské, Brně, Kroměříži a Horních Beřkovicích. (Knobloch & Knoblochová, 1999), (Nevšímal, 2004)

2.8 Terapeutická komunita pro drogově závislé

Terapeutickou komunitu pro drogově závislé lze také charakterizovat jako léčebné společenství, instituci či oddělení, které podporuje své členy v aktivním přístupu ke své léčbě, k řízení a chodu komunity (Kratochvíl, 2002). Aktivní přístup klientů je jednou z důležitých součástí terapeutického procesu, někdy je však problematické ho udržet. Klient není jen pasivním příjemcem léčby, je směřován k aktivnímu přístupu ve spolupodílení se na léčbě. Nejen v rozhodování se o svém průběhu a procesu léčby, ale i u druhých. Terapeutická komunita je založena na spolupráci a rozhodování o chodu komunity s personálem a klienty (Hartl, 1997).

Terapeutickou komunitu pro drogově závislé lze také charakterizovat jako bezdrogové prostředí s vysokým stupněm organizační autonomie, kde členové jsou částečně odděleni od vnějšího světa a institucionálního prostředí, členové spolurozhodují o léčebném procesu a každodenním provozu komunity. Tým je multidisciplinární a může být složen jak z profesionálů, tak i bývalých klientů. Je kladen důraz na strukturu a pravidla chování. Drogová závislost je vnímána jako projev jiného problému, terapeutický tým se snaží do procesu léčby co nejvíce zapojit rodinu klienta. Léčba je rozdělena do jednotlivých fází, obvykle čtyř, ke kterým se pojí i postupný pokrok v léčbě (Kalina, 2008).

Léčba vychází z principu, že drogová závislost je poruchou celé osobnosti, a užívání návykových látek není jediným problémem, mezi základní cíle léčby patří změna životního stylu a identity klienta. Léčba v komunitě je zaměřena na léčbu vedoucí k abstinenci, na sociální rehabilitaci a změnu životního stylu prostřednictvím osobnostního růstu. Je rozdělena do několika fází a hlavním terapeutickým prostředkem je sociální učení a samotný život v komunitě, který zahrnuje strukturovaný program formou skupinové psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, zátěžových programů, sportu, volnočasových aktivit, tréninku odpovědnosti a sociálních dovedností (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina, 2003)

Tradiční filosofie léčby závislostí byla nesena přesvědčením, že účinná léčba je možná, až když má klient „dobráno“ - obvykle až když jeho drogová kariéra vyústí do debaklu a uživateli nezbývá než hledat pomoc pro nový začátek. Jeho vlastní motivace pak může být natolik samonosná, aby mu umožnila léčbu úspěšně absolvovat. Druhé přesvědčení bylo, že pouze jeden typ léčby je správný. Čekat až klient dozraje k motivaci

je dnes považováno za neetické a neefektivní, moderní terapeutický koncept, opírající se o nashromážděné vědomosti o závažných důsledcích drogových závislostí a poznatky o jejich léčbě klade důraz na tzv. včasnou intervenci – tj. místo čekání na „motivovaného klienta“, který se dotkl dna a hledá pomoc v neudržitelných komplikacích pozdějších stádií závislosti, je nutné využít všech prostředků, jak zachytit závislé co nejdříve po objevení prvních problémů nebo po novém relapsu. Znamená to přitažlivou nabídku služeb a odstraňování překážek v přístupu k nim (Kalina, 2003).

Cílem léčby v terapeutické komunitě by měla být abstinence od návykových látek. Terapeutické komunity se spíše zaměřují na změnu životního stylu klienta, která následně vede k abstinenci. Jsou to spojené nádoby, bez jednoho není druhé. Klientům je nabízen alternativní způsob života a trávení volného času. Terapeutická komunita tím reprezentuje posun od bio-medicínského přístupu ke komplexnímu přístupu v léčbě závislostí. Adameček a Radimecký (2015) zastávají zajímavý názor na abstinenci u drogově závislých: *„Je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost doporučovaným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do podmínek běžného života bez škodlivého užívání návykových látek. Úkolem léčby je, aby klient přijal abstinenci jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevil její možnosti, ale i omezení, a využil ji k dalšímu rozvoji sebe sama, uplatnění sebe sama ve světě a ke své spokojenosti.“*

Někteří autoři (Richterová-Těmínová, 2007) přirovnávají terapeuta v procesu léčby v terapeutické komunitě jako průvodce, který podporuje klienty především v:

- nalezení a přijetí smyslu vlastního života, své vlastní svobody a odpovědnosti
- osobním růstu, vývoji a víře v sebe s poznáním a přijetím sebe sama, svých možností a limitů
- nalezení svého místa v běžné lidské společnosti
- pozitivním a tvořivým přístupem vedoucím ke spokojenému a radostnému životu
- získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout

Myslím, že s výzkumným cílem souvisí i otázka nařízené či nenařízené léčby. Na tuto problematiku je více názorů. Touha jít se léčit obvykle nevznikne u klienta jako svobodné rozhodnutí. Obvykle je přítomen nějaký vnější tlak. Je potom otázkou zda takováto léčba může být efektivní či nikoliv. Někteří autoři zastávají názor, že léčba je lepší než nic. Stejný

názor zastávám i já. Práce s takovým klientem je mnohem náročnější, ale je zde jistá možnost, že během pobytu v terapeutické komunitě přijde na důvody, proč je pro něj lepší abstinovat. Jiní autoři zastávají názor, že postoje závislých nelze měnit násilím. Takový nátlak, který může být někdy příliš silný může vést k opačným výsledkům. Odporu k léčbě, případně abstinenci, rebelii a dalším přirozeným obranným reakcím. (Kooyman , 2004)

3 Výzkumná část

Prostředí terapeutické komunity (dále jen TK) je velmi dynamický prostor. Ten nabízí nespočet možností ke zkoumání. Pracuji v tomto zařízení více jak 10 let. Ze svých zkušeností vím, že je zde spousta témat, která stojí za podrobnější zkoumání.

Kalina (2008) uvádí, že v zahraničí se pozornost výzkumníků V TK zaměřovala především na témata účinků léčby, profily klientů, predikci úspěšnosti, účinnost a délku léčby a zvyšování účinnosti. V 80. letech 20. století se o tyto výzkumy v zahraničí významně zasadili zejména De Leon, Hubbard a Condelli, Melnick. Počáteční výzkumy v TK se zaměřovaly hlavně na profil klientů terapeutických komunit. Postupně směřovaly především k otázkám efektivity a účinnosti léčby v TK (Šefránek, 2014). V zahraničí si donoři hlídají své finance a nákladovou efektivitu a k tomu jim tyto výzkumy velmi pomáhají.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřil na zjištění důvodů nástupu klientů do léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I, v tom smyslu, jaké je celkové pozadí jejich nástupu do léčby, kromě toho, že řeší svou závislost na návykových látkách. Hledal jsem odpovědi na otázky: Co klienty aktuálně dohnalo k rozhodnutí nastoupit do léčby v terapeutické komunitě? Co stálo za jejich rozhodnutím?

3.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je zjistit důvody nástupu klientů do léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Jaké jsou důvody, které vedly klienty k nástupu do programu pobytové léčby závislosti? Co je v jejich rozhodování o nástupu do léčebného zařízení ovlivňuje?

Jak už jsem zmínil, traduje se, že nástup klienta do TK je dobrovolný. Zajímalo mě proto, zda na rozhodování klienta působily i další vlivy okolí. S nástupem do pobytové léčby v terapeutické komunitě klient zásadním a radikálním způsobem, na nějaký čas, změnil svůj životní styl. Rozhodnutím nastoupit léčbu stvrzuje svůj úmysl o změnu. Chce pracovat na svém problému s drogovou závislostí. Je tato touha po změně skutečně osobní, vlastní nebo je donucen okolnostmi? Může se jednat například o zdravotní stav, rodinnou či sociální situaci, trestně právní problémy v životě klienta, které ho k rozhodnutí přiměly. Přijde mi důležité znát i tyto další důvody, které klienty vedly k rozhodnutí jít se

léčit. Může to pomoci zejména v lepším zaměření pracovníků pobytové léčby klientů komunit.

K provedení jsem zvolil kvalitativní výzkum, protože cílem výzkumu není kvantifikace dat ani ověřování hypotéz, ale snaha porozumět okolnostem a důvodům nástupu klientů do léčby z jejich úhlu pohledu. Pro tento účel je kvalitativní přístup výzkumu nejvhodnější.

3.2 Výzkumné otázky

K naplnění cíle výzkumu jsem si stanovil následující výzkumné otázky:

- Jaké jsou důvody nástupu klientů do léčby v terapeutické komunitě?
- Co, případně kdo, hraje roli v motivaci klientů při jejich rozhodnutí nastoupit do léčby v terapeutické komunitě?

3.3 Zdroje dat a metody jejich získávání

Ve výzkumu jsem použil dva základní zdroje dat a dvě metody jejich získávání. Především šlo o dokumentaci vedenou v TK o klientech a klienty samotnými. Kromě toho jsem s vybranými klienty provedl rozhovor, který jsem použil pro verifikaci dat získaných z dokumentace.

Pro minimalizaci zkreslení výsledků jsem při sběru dat z dokumentace použil více zdrojů tak, abych měl co nejširší pohled na danou problematiku. Většina těchto zdrojů pochází ze standardní dokumentace TK o klientech. Tu jsem tedy pro účely svého výzkumu nevytvářel, byly již vytvořeny na základě dlouholetých potřeb a zkušeností pracovního týmu komunity. Data z těchto zdrojů o vybraných klientech jsem tedy jen shromáždil. Výhodou je, že jsem neměl možnost jejich podobu a obsah nikterak ovlivnit, nevýhodou, že jsou již zafixovaná ve finální podobě (Miovský, 2009). Konkrétní zdroje dat z dokumentace, které jsem pro svůj výzkum použil lze rozdělit do dvou základních skupin:

1. dokumentace psaná terapeuty – zde se jednalo především o zápisy ze skupin, zejména biografických, při nichž se nově příchozí klienti s použitím metafor „řeky života“ představovali ostatním členům skupiny. Tuto skupinu zpracovávají klienti během pobytu v TK WHITE LIGHT I celkem dvakrát. Poprvé nejpozději do 14 dnů po nástupu do léčby, podruhé cca po 4 – 6 měsících léčby. Důvodem je, že klienti mají v různých obdobích léčby na svůj předešlý život rozdílný náhled.

2. dokumentace psaná klienty – zde jsem zpracovával životopisy klientů, které posílají do terapeutické komunity v období, kdy žádají o přijetí do léčby a tzv. otázky při přijetí, které podle předem stanovené struktury zpracovávají během prvních 24 hod po nástupu do léčby. Jednou z 10 otázek, na něž mají v tomto případě odpovědět je, co je přimělo nastoupit do léčby právě „ted“.

Tyto zdroje dat se vzájemně doplňují a umožňují komplexnější pohled na zkoumaný jev.

Životopis je první dokument o klientovi, který se v TK objevuje. Klient ho píše ještě před nástupem do léčby. Je velmi pravděpodobné, že ho píše ještě pod vlivem návykových látek, a aby měl větší šanci být přijat do TK, si životopis přikrášluje. Pracujeme s velmi komplikovanou klientelou a pro to, aby v životě uspěli jsou schopni a ochotni udělat téměř cokoliv, klidně i vylepšovat informace o jejich osobě. I přes tato rizika a omezení je to velmi validní zdroj dat. Před nástupem od klientů požadujeme životopis, ale neurčujeme žádnou osnovu, jak má životopis vypadat. Pouze po klientech požadujeme, aby byl ručně psaný a v rozsahu 4-6 stran formátu A4. Je tedy zcela na klientech, na jakou oblast svého života se zaměří.

Otázky při přijetí vyplňuje klient na tzv. vstupní klauzuře. Po nástupu do TK jsou s klientem vyřízeny všechny vstupní formality (smlouva o poskytování sociální služby, vysvětlení pravidel a chodu TK, prohlídka celého zařízení pro něj i jeho blízké, pokud jej doprovázejí), následuje vstupní přijímací rituál s klienty, který slouží ke vzájemnému stručnému představení. Po dalších 24 hod pobytu klienta na klauzuře následuje tzv. 2. Kolo přijímacího rituálu, kde se klient skupině představuje blíže. To zejména prostřednictvím odpovědí na celkem 11 následujících otázek:

- 1) Proč jsem se rozhodl pro léčbu?
- 2) Proč právě ted?
- 3) Co mi drogy přinesly?
- 4) Co by o mě řekl někdo z blízkých?
- 5) Co očekávám od léčby?
- 6) Co by mě mohlo táhnout „ven“?
- 7) Co se se mnou stane za dva roky?

- 8) Kdo by byl nejvíce nešťastný, kdyby se se mnou stalo něco tragického?
- 9) Čeho chci během terapie dosáhnout?
- 10) Jak dlouho chci v terapii být?
- 11) Co si představuji pod pojmem závislost?

Pro výzkum jsem z tohoto dokumentu použil jen relevantní data, tj. odpovědi na otázky č. 1 a 2. Nezůstal jsem však jen u odpovědí na tyto otázky, ale pozorně jsem prošel i ostatní odpovědi, a pokud se i v nich objevila témata související s výzkumem, tak jsem je zaznamenal.

Zápisy ze skupin. Základním kamenem terapeutické práce v TK jsou psychoterapeutické skupiny na různá témata, která jakýkoliv klient přinese. V TK jsou některé skupiny klientům doporučovány, jde zejména o životopisnou skupinu, skupinu o rodině klienta či na téma, jakou roli hráli v životě klienta drogy. Pro výzkum je relevantní životopisná skupina, kde klient mj. popisuje i okolnosti svého nástupu do TK. V průběhu skupiny z ní pořizují zápis jak terapeuti, tak i klienti. Vždy je určen jeden z klientů, který záznam pořizuje. U terapeutů je to na dohodě, kdo z dvojice, která skupinu vede, bude záznam pořizovat. Pro výzkum jsem jako zdroj dat použil pouze zápisy terapeutů, protože zápisy klientů nebylo možné pro jejich nedostatečnost či nečitelnost použít.

Semistrukturovaný rozhovor (nebo též polostrukturovaný) rozhovor jsem zvolil s očekáváním, že mi pomůže potvrdit, případně doplnit zjištěné skutečnosti z dokumentů klientů a o klientech. Přináší více výhod než nevýhod. Umožňuje nedržet se rigidně otázek, ale ty si můžeme podle klienta dle potřeby upravovat v průběhu rozhovoru. Můžeme se doptávat, zda jsme odpovědi rozuměli správně či klást doplňující otázky a snažíme se dostat k jádru věci a porozumět pohledům a motivům klienta. U polostrukturovaného rozhovoru jsem definoval jádro rozhovoru, kterého jsem se držel. Samozřejmě, že se v průběhu rozhovoru na základní otázky nabalují další témata, která při zpracování a analýze můžeme využít či je nechat stranou (Miovský, 2009). Polostrukturovaný rozhovor umožňuje nechat rozhovor plynout a podněcovat u dotazovaného vyprávění, zároveň se můžeme držet připraveného schématu rozhovoru (Miovský, 2009). Jedná se o dokument, který jsem v rámci výzkumu vytvářel.

Jádro rozhovoru tvoří:

- Zkus popsat, jak vypadal tvůj život před nástupem do léčby.

- Potýkal ses v období před nástupem do léčby s nějakými problémy, které souvisely s užíváním drog? Pokud ano, o jaké problémy šlo?
- Co tě vedlo k nástupu do léčby?

Rozhovor jsem nahrával na záznamové zařízení. Záznam jsem přepisoval, při přepisu jsem udělal redukci dat a použil data relevantní ve vztahu k cíli výzkumu a ke stanoveným výzkumným otázkám.

3.4 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor tvoří klienti (obvyklý poměr žen a mužů v TK WL je 1:2) terapeutické komunity WHITE LIGHT I, kteří nastoupili do léčebného procesu. Maximální aktuální kapacita zařízení je 15 klientů. Klienti mají psychiatrem diagnostikovanou závislost na návykových látkách. Jejich pobyt je dobrovolný, věkové rozpětí klientů je od 15 let výše. Věkový průměr klientů v r. 2016 byl 28 let. Výzkum byl prováděn pouze v jednom zařízení, jelikož byl náročný na množství sběru dat. Výběr výzkumného vzorku proto byl záměrný, institucionální.

Výběrový soubor tvořili klienti TK, kteří absolvovali resocializační pobyt v TK WHITE LIGHT I v roce 2015/2016 alespoň v délce 3 měsíců a poskytli souhlas se zapojením do výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo 8 klientů – 4 muži a 4 ženy ve věkovém průměru 28 let. Klientů bylo jen 8, protože ne všichni byli ochotni se zapojit do výzkumu a také někteří klienti z výzkumu vypadli, než dosáhli limitu 3 měsíců v léčbě. Limit 3 měsíců je stanoven z důvodu provedení polostrukturovaného rozhovoru po třech měsících pobytu v zařízení. Podrobnější charakteristiky klientů uvádím v kapitole Profily klientů.

3.5 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat jsem použil tematickou analýzu. Je to metoda vhodná pro výzkumníky, kteří s kvalitativním výzkumem začínají. Jde o flexibilní a užitečný nástroj pro výzkum, který poskytuje bohatý, detailní a přesto komplexní výčet dat. Výzkumník zjišťuje, jaké jsou skutečné chování, postoje nebo motivy lidí, jež je vedly k určitým činům, co a proč se stalo. Tematická analýza poskytuje stejně kvalitní a bohaté výstupy jako jiné kvalitativní výzkumné přístupy (Braun & Clarke, 2006).

S analýzou dat jsem začal chronologicky. Tzn. jako první jsem zpracovával životopisy klientů, následně „otázky při přijetí“ a zápisy ze skupin. Během polostrukturovaného

rozhovoru jsem pořizoval zvukový záznam, který jsem následně přepsal, při přepisu jsem udělal redukci dat. Přepis rozhovoru jsem si vytiskl a následně zpracovával stejným způsobem jako již existující dokumenty. Pracoval jsem s kopiemi těchto dokumentů a s jednoduchými pomocníky – tužkou, pastelkami a zvýrazňovači – jsem si označoval jednotlivé kódy s ohledem na cíle mého výzkumu. Kódování je část analýzy, která organizuje data do smysluplných celků (Braun & Clarke, 2006). Je důležité neopomenout žádný kód. Musel jsem být velmi pozorný, občas se mi stalo, že jsem měl tendenci nějaký kód nezaznamenat. Což by byla chyba a mohlo by to zkreslit výzkum. Následně jsem okódovaná data v prvním stupni rozřazoval do jednotlivých smysluplných celků, které spolu významově souvisely. Poté jsem další krok analýzy prováděl ručně a jednotlivé kódy jsem třídil a seskupoval, až mi z nich postupně mi začaly vznikat určitá témata. Samozřejmě se objevovala témata specifická pro každého respondenta, nicméně ve druhé fázi jsem potom celý datový soubor procházel a utřídil si subkategorie témat do zásadních a hlavních témat, která jsem identifikoval a následně je definoval a pojmenoval.

Vytvářel jsem jednotlivé kódy, které jsou spjaté s cílem výzkumu. Pro vyhledání všech kódů jsem dokumenty několikrát procházel a opakovaně si pokládal otázky, zda se nějak tento kód liší od již vzniklého respektive zda tento kód ještě souvisí s cílem mého výzkumu?

Jednotlivá témata, která se při zpracování objevila jsem podrobně popisoval v jednotlivých kapitolách. Rozepisoval jsem a popisoval jednotlivé kódy a dával je do souvislostí s mým výzkumem.

3.6 Etika výzkumu

Pro ošetření etických aspektů výzkumné práce jsem použil běžně používané postupy. Respondenty jsem podrobně seznámil s cílem a účelem výzkumu a zavázal jsem se nepoužít jejich vlastní jména. Informoval jsem je o možnosti svůj souhlas s účastí na výzkumu vzít kdykoliv zpět, zdůraznil jsem, že neúčast na výzkumu či vzetí zpět souhlasu nebude mít absolutně žádný vliv na ně samotné či jejich léčbu v TK. Veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci respondenta, jsem pozměnil. Pro zachování anonymity jsem po klientech nevyžadoval podpis ke stvrzení účasti ve výzkumu, ale jejich souhlas jsem zvukově zaznamenal před samotným začátkem rozhovoru, stejně tak i souhlas se samotným nahráváním rozhovoru. V práci jsem také přesně neuvedl konkrétní termíny

sběru dat, ale pouze rámcové období, kdy sběr dat probíral. To z důvodu, abych znesnadnil případnou identifikaci respondentů.

Po skončení výzkumu jsem veškerá sebraná data v papírové podobě skartoval, záznamy rozhovorů a přepisy rozhovorů jsem skartoval pomocí skartovacího programu v počítači tak, aby v něm nezůstaly žádné digitální stopy.

Mezi základní etické principy výzkumu patří: soukromí a důvěrnost – pokud nebude mít dotazovaný zaručeno, že údaje o něm nebudou nikde zveřejněny, pravděpodobně neposkytne žádné informace. Poučený souhlas s účastí na výzkumu – souhlas účastníka a vysvětlení, co tento souhlas znamená je vždy nutný. Emoční bezpečí účastníků výzkumu – bude vytvořen pocit bezpečí, aby se mohl účastník otevřeně vyjadřovat. Citlivost výzkumníka – je třeba, aby byl výzkumník velmi pozorný k situacím, kdy by mohlo dojít v rámci výzkumu k poškození účastníka. Zatajení cílů a okolností výzkumů – některé výzkumy by se neuskutečnily bez částečného zatajení cílů a okolností výzkumu. Avšak pokud to není žádoucí, tak účastníci by měli být plně informováni o celém výzkumu. Princip řádného citování a odkazování – výzkumník se nedopouští plagiátorství. Reciprocita – účastníci výzkumu mohou z výzkumu také profitovat. Zpřístupnění práce účastníkům výzkumu – pokud mají účastníci zájem o výsledky výzkumu, tak jim to musí výzkumník umožnit. Zodpovědnost výzkumníka – výzkumník je odpovědný za kvalitu a objektivitu výzkumu, včetně přípravy, rešerší apod. (Miovský, 2009; Hendl, 2016)

3.7 Pozice výzkumníka

V této kapitole bych se chtěl věnovat mé pozici a vztahu k respondentům a s tím i možným zdrojům zkreslení.

V terapeutické komunitě WHITE LIGHT I pracuji již od roku 2002 jako terapeut, účastním se a vedu individuální terapie a skupiny, jsem osobním terapeutem některých klientů a s klienty TK jsem ve vztahovém poli. Sdílím s nimi významné okamžiky jako jsou například svátky, narozeniny, komunitní rituály ale i sportovní, zážitkové a zátěžové aktivity, pro mě je to tedy důvěrně známé prostředí. Za dobu, co v TK pracuji, již prošlo fungování služby řadou změn.

Klienti, přicházející do tohoto prostředí, ho zpočátku mohou považovat vůči jejich osobě za nepříznivé. Musí přijmout řadu omezení a pravidel, která během své drogové kariéry rádi porušovali a vzpírali se jim. V TK jsem v pozici garanta těchto pravidel, což

mohlo ve vztahu k realizovanému výzkumu představovat jeden z možných zdrojů konfliktu. Výzkumník provádějící výzkum a další účastníci výzkumu se nalézají v určité vztahové a významové síti. Ta je značně složitá a výzkumník by měl mít schopnost jí porozumět, být schopen si uvědomovat, že je při své práci ovlivněn emocemi, prožíváním a vztahy s blízkými osobami – v mém případě zejména s klienty komunity. Čím lépe rozumí těmto procesům, tím menší je možnost zkreslení výsledků. Vztah výzkumníka ke zkoumanému vzorku je často vztah mocenský, protože je, jako osoba zodpovědná za výzkum, nositelem určité moci (Miovský, 2009).

Snažil jsem se mírnit obavy klientů z výzkumu. zpočátku totiž měli strach, o co se to vlastně jedná, na co se je budu ptát. I v průběhu polostrukturovaného rozhovoru jsem se snažil navodit pocit důvěry a jistého komfortu. Zajistil jsem, abychom nebyli rušeni a vymezil jsem čas pouze na polostrukturovaný rozhovor. Na konci rozhovoru jsem požádal klienty o zpětnou vazbu, jak se cítí, zda měli z něčeho obavy, s něčím problém. Sami klienti uvedli, že se cítí dobře, s otázkami problém neměli, dokonce sdělili, že jim to pomohlo zrekapitulovat důvody, proč vlastně nastoupili do léčby v TK.

Při práci na výzkumu se míchájí mé role výzkumníka s prací terapeuta. Každá z rolí je odlišná. Mohu zasahovat do velmi citlivých témat klientů, ke kterým zatím nemuseli najít odvahu ke zveřejnění v terapeutické komunitě. Musel jsem tedy u sebe reflektovat i to, že v případě, že mi klient sdělí informaci, kterou doposud terapeutům a klientům nesdělil, nemohu s touto informací v jeho léčebném procesu pracovat. Musím počkat, až on sám dojde k rozhodnutí toto sdělit.

Jistou výhodou je, že o možné ovlivnění výzkumu může jít v případě semistrukturovaného rozhovoru, který jsem prováděl až po třech měsících od nástupu. Ovlivnění může být menší. Na počátku léčby přicházejí klienti s obavami a nedůvěrou v terapeuty, terapeutický proces. Časový odstup 3 měsíců je dán tím, že se již důvěrněji seznámily s chodem terapeutické komunity. Tento časový odstup je dán tím, že klienti již prostředí a personál terapeutické komunity po této době důvěrně znají a tím je možné zkreslení strachem z neznáma omezeno.

Další možné ovlivnění může pramenit z protipřenosového vztahu, kdy mi klient může v některých situacích připomínat mne samotného nebo jinou osobu v mém životě. V tu chvíli mohu být ovlivněn velmi silnými emocemi, jak kladnými, tak i zápornými. Toto ovlivnění jsem se snažil minimalizovat důrazem na svou sebereflexi.

Ovlivnění mou osobou jsem se snažil eliminovat tím, že jsem zpracovával již existující data, která jsem nemohl nikterak ovlivnit. V průběhu realizace polostrukturovaného rozhovoru jsem také kladl důraz na svou sebereflexi, aby ovlivnění výzkumu bylo minimální.

3.8 Prostředí výzkumu

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I je specifickou formou rezidenční léčby pro osoby, které se snaží vypořádat se závislostním chováním. Délka léčby je nastavena na 6-8 měsíců, což je kratší doba než v jiných terapeutických komunitách. Délka léčby klientů se v současnosti pohybuje v daném intervalu. TK nabízí bezdrogové prostředí pro skupinu 15 klientů z ČR. Jako jediná terapeutická komunita v ČR pracuje s klienty ve věku od 15-ti let, bez horní věkové hranice. Služba je určena ženám i mužům, u nichž byla diagnostikována závislost na návykových látkách nebo patologické hráčství dle MKN 10, nebo jim jejich užívání/porucha chování působí vážné sociální nebo zdravotní problémy. Poskytuje odbornou systematickou péči s individuální a skupinovou terapií, režimovým programem, zátěžové a zážitkové aktivity. Klienti se podílejí na chodu celé komunity. TK klade velký důraz na práci nejenom s klienty, ale také s rodinou. Jako první v ČR začala intenzivně spolupracovat s blízkými osobami klientů a zavedla do léčebného procesu tzv. rodičovské víkendy.

TK je registrovanou sociální službou dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. TK má udělený certifikát odborné způsobilosti služeb¹ Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Tabulka 1: Statistická data 2015 a 2016

	počet klientů	ženy	muži	průměrný věk	základní droga				i.v. aplikace
					opiáty	amfetaminy	kanabinoidy	alkohol	
2016	43	17	26	28	3	39	0	1	42
2015	46	11	35	27	4	41	1	0	43

Sběr dat a rozhovory probíhaly v kanceláři terapeutů TK. Místnost je standardně vybavena nábytkem jako v běžném bytě. Při sbírání rozhovorů nebyl v místnosti přítomen

¹ Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog v ČR byly zahájeny na základě usnesení vlády ze dne 16. března 2005 č. 300/2005. Jedná se o posouzení a formální uznání, že daná služba má odpovídající kvalitu, odbornost a komplexnost - podle kritérií stanovených Certifikačními standardy. (Úřad vlády ČR, 2013)

nikdo jiný než tazatel (já) a klient. Místnost byla zajištěna proti vyrušování a snažil jsem se navodit celkově bezpečné a důvěrné prostředí.

3.9 Profily klientů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 klientů TK (4 ženy a 4 muži). V této kapitole bych chtěl popsat profily jednotlivých klientů.

Tabulka 2: Profily klientů výzkumu

kód	pohlaví	věk	počet dnů v léčbě TK	základní droga	vzdělání
K1	M	26	238	amfetaminy	vyučen
K2	Ž	28	293	amfetaminy	SŠ s maturitou
K3	Ž	23	258	amfetaminy	SŠ s maturitou
K4	M	37	173	amfetaminy	SŠ s maturitou
K5	M	26	146	opiáty, amfetaminy	základní
K6	Ž	26	199	amfetaminy	vyučen
K7	Ž	32	180	amfetaminy	SŠ s maturitou
K8	M	26	213	amfetaminy	vyučen

K1

Šestadvacetiletý klient, který přichází po krátké léčbě, měsíční v psychiatrické nemocnici. Jedná se o jeho již čtvrtou rezidenční léčbu závislostí. Klient dokončil střední vzdělání. Po škole pravidelně pracoval. Byl trestně stíhán v souvislosti s užíváním návykových látek – distribuce a přechovávání návykových látek. Vyrůstal v úplné rodině na malé vesnici. Otec je údajně alkoholik. Na základní škole měl výchovné problémy, pravidelně dostával sníženou známku z chování. Škola ho nebavila, raději lital s kamarády venku. V 9 letech začal kouřit cigarety, v 11 letech zkusil kouřit marihuanu, jednalo se o jednorázovou událost. Od 13 let užíval pravidelně alkohol. V 16 letech začal pravidelně kouřit marihuanu. V 17 letech zkusil s kolegou v práci pervitin, ten užíval šňupáním asi ¾ roku. Po nepříjemné psychické zkušenosti přestal pervitin asi na 3 roky užívat. Ve 20 letech znovu začal pervitin užívat. Ve 22 letech přešel na intravenózní užívání.

K2

Osmadvacetiletá klientka, která přichází po detoxifikaci. Je to její druhá rezidenční léčba, také absolvovala ambulantní léčbu. Klientka dokončila úplné střední vzdělání. Byla několikrát trestně stíhána – hlavně za majetkovou trestnou činnost (krádeže, loupeže,

vloupání). Vyrůstala v neúplné rodině, otce vůbec nezná, údajně byl závislý na alkoholu a měl problémy s hazardním hraním. Na základní škole byla premiantem, vždy měla vyznamenání. Měla mnoho mimoškolních zájmů. Ve 13 letech začala kouřit cigarety. Poprvé zkusila pervitin ve 13 letech, jednalo se o jednorázovou událost, pravidelně pervitin užívá od 17 let, v té době také intravenózně.

K3

Třidvacetiletá klientka, která přichází po detoxifikaci. Léčba v TK je již její druhá rezidenční léčba závislostí. Zkoušela se také léčit ambulantně, což se jí nedařilo. Vyrůstala v úplné rodině, má mladší sestry, o které se starala. Na ZŠ byla vždy premiantkou. S pubertou přišly pocity méněcennosti, úzkosti a pochyby o sobě. Ve 14 letech začala kouřit marihuanu. Po nástupu na SŠ začala pít velké množství alkoholu. Začala mít problémy s užíváním alkoholu – „okna“, bezvědomí, úrazy. Ve 20 letech začala užívat pervitin, pouze šňupáním, nikdy neužívala intravenózně.

K4

Sedmatřicetiletý klient, který přichází po detoxifikaci. Jedná se o jeho již čtvrtou léčbu. Vyrůstal v úplné rodině. Jeho otec byl na něj vždy náročný. Má mladší sestru. Na ZŠ v učení moc nevynikal, byl spíše průměrným žákem. Byl hodně živé dítě, potřeboval stále něco dělat. Nastoupil na SŠ, kterou zvládl bez problémů. Cigarety kouří od 17 let, v 18 letech začal kouřit marihuanu a užívat pervitin, do 26 let užíval příležitostně, potom začal s denními dávkami. Nikdy neužíval intravenózně.

K5

Šestadvacetiletý klient, který přichází po detoxifikaci a krátké, měsíční, stabilizační léčbě v psychiatrické léčebně. Jedná se o jeho již pátou léčbu závislostí. Otec byl na něj vždy hodně náročný a vyžadoval po něm výsledky jak ve škole, tak i ve sportu. Byl hodně sportovně nadaný, celé dětství se věnoval aktivně sportu. Ve sportovním týmu zažíval šikanu. Žádnou ze středních škol, na které nastoupil, nedokončil, má základní vzdělání. Opakované problémy se zákonem, byl vícekrát trestně stíhán pro drogovou trestnou činnost. Začal pít alkohol v 16 letech po trénincích s kamarády. Marihuanu začal kouřit v 17 letech. Pervitin začal pravidelně užívat v 18 letech, od 19 let užíval intravenózně. Byl finančně zajištěný a ve 20 letech přešel na užívání kokainu. Od 23 let užíval pouze heroin, který kombinoval s benzodiazepiny.

K6

Šestadvacetiletá klientka, která přichází po detoxifikaci. Jedná se o její třetí rezidenční léčbu. Oba rodiče jsou prý závislí na alkoholu, doma zažívala časté hádky a domácí násilí rodičů, ti se v jejích 14 let rozvedli, ale z finančních důvodů spolu dále sdíleli jeden byt. Dokončila středoškolské vzdělání s vyznamenáním. V 25 letech se stala obětí domácího násilí, přítel ji brutálně zbil. Cigarety kouří od 12 let. Alkohol pije pravidelně od 14 let, od té doby také kouří pravidelně marihuanu. V 15 letech zkusila pervitin, do 23 ho užívala příležitostně, pravidelně poslední 3 roky. Nikdy neužívala intravenózně.

K7

Dvaatřicetiletá klientka, která přichází po detoxifikaci a krátkém, měsíčním, stabilizačním pobytu v psychiatrické léčebně. Jedná se o její již pátou léčbu drogové závislosti. V léčbě dokáže fungovat a být čistá, po ukončení léčby po nějaké době vždy relabuje. Má dokončené úplné střední vzdělání. Pochází z neúplné rodiny. Oba rodiče jsou údajně závislí na alkoholu. Sama alkohol pije od 11 let, ve 12 letech zkusila v partě marihuanu, od 14 let užívá pervitin. Po maturitě začala užívat opiáty. Intravenózně užívá od 16 let. Od 23 let kombinace denního užívání opiátů, marihuany a alkoholu.

K8

Šestadvacetiletý klient, který přichází po detoxifikaci. Jedná se o jeho již třetí léčbu drogové závislosti. Má dokončené střední vzdělání. Ve škole byl spíše průměrným žákem s řadou výchovných problémů. Pochází z úplné rodiny. Otec měl v minulosti problémy s alkoholem, ale sám a prý ho bez pomoci druhých překonal. Totéž nyní očekává od klienta. Alkohol zkusil poprvé v 10 letech. Marihuanu zkusil v 15 letech, zprvu užíval s kamarády víkendově, od 17 let kouří denně. V 18 letech zkusil s kamarády pervitin, od 19 let užívá denně.

4 Výsledky výzkumu

Tematická analýza byla zacílená na zjišťování informací s ohledem na důvody nástupu do terapeutické komunity WHITE LIGHT I, jejichž zjištění bylo cílem mého výzkumu. V průběhu analýzy se začala vynořovat významná témata, která jsem se snažil roztřídit a kategorizovat. Jednalo se o tato témata, která rozpracovávám dále: ztráta bydlení; touha po „normálním životě“; ztráta práce; problémy se zákonem; tlak rodiny; zdravotní problémy; oběť a ztráta životních jistot.

4.1 Ztráta bydlení

Ztráta bydlení se zdá být jedním z důležitých faktorů ovlivňujících rozhodnutí klientů o nástupu do TK. Bydlení – místo, kam se mohou vracet - je i pro klienty užívající návykové látky určitou jistotou v jejich „nejistém“ životě. I přesto, že stylem svého života se snaží být nezávislí, požadují ve svém životě určitou míru jistoty, což jim může bydlení zčásti poskytnout. Toto bydlení může být jak vlastní, tak i u rodinných příslušníků.

Klienti velmi často ztrátu bydlení zmiňují již v úvodních životopisech.

K1: Rodiče už to se mnou nevydrželi a vyhodili mě z bytu.

K4: Rok jsem se v tom životě plácal, byl jsem na ulici.

K7: Dva roky jsem byla na ulici.

V rozhovorech se toto téma také objevovalo.

K3: z důvodu neplacení nájemného jsem přišla o byt a skončila jsem na ulici.

Důvody ztráty bydlení mohou být různé. Může se jednat o ztrátu trpělivosti ze strany rodinných příslušníků, z důvodu neplacení nájemného nebo časté stížnosti spolubydlících.

Proč byla ztráta bydlení podle respondentů důležitým faktorem nástupu do léčby? Někteří klienti uvedli, že je rodiče vyhodili z bytu. Ze zkušenosti a příběhů klientů v terapeutické komunitě vím, že pokud žijí doma u rodičů, vracejí se do prostředí, kde mají jistý servis. Také záleží na tom, zda rodiče jsou již seznámeni s drogovou závislostí. Rodiče mohou svým dětem připravovat stravu, starat se o úklid, prát špinavé prádlo apod. S prodlužujícím se trváním drogové závislosti ochota poskytovat dětem tyto služby u

některých z rodičů samozřejmě klesá. Přesto i pouhé přespání v čisté posteli, teple anebo vykoupání se v teplé vodě přináší klientům jistý komfort, který rádi vyhledávají. Proto je ztráta tohoto komfortu tak důležitá v jejich životě. Obdobně to nejspíše funguje, pokud bydlí ve svém vlastním či nájemném bytě. Bydlení pro klienty znamená určitý přístav bezpečí, kam se mohou po několikadenních drogových tazích přijít vyspat, zkulturnit, dát dohromady.

4.2 Touha po „normálním“ životě bez drog

Dalším téma, které vyplavalo během tematické analýzy na povrch, se týká drog samotných. Zprvu jsem si říkal, že je to samozřejmě ten nejsilnější důvod, proč nastoupit do léčby, ale zdá se, že jsem se mýlil. Život na drogách je pro klienty unavující a stereotypní, nedostávají to co na začátku drogové závislosti. Drogy jsou samozřejmě důvodem léčby, ale není to tak jednoduché. Drogy jsou hlavním tématem závislých. Postupem času je drogová závislost přestává bavit, ale dostat se z cyklu závislosti je pro ně hodně obtížné. Během výzkumu se objevilo více podtémat k této kapitole.

K6: Nechci, aby mi drogy řídily život.

K6: Necítila jsem se svobodná, stále jsem řešila drogy.

K6: Můj život byl stále o tom samém – o drogách.

K4: Nechci být na nikom a ničem závislý.

Klienti zpočátku užívají drogy, protože prý mají pocit svobody, rebelují proti společnosti, rodičům nebo autoritám a nechtějí se nikomu a ničemu podřizovat. Drogy jim to umožňují. Postupem času ale zjišťují, že se již nejedná o tu svobodu, která byla důvodem užívání na začátku a projevuje se u nich řada komplikací v sociálních, zdravotních a psychických oblastech. Najednou to nejsou oni, kdo si se svým životem dělá, co chce, ale vše se točí kolem drog a jejich shánění (Hajný, 2015).

K7: Drogy mi začaly být na obtíž, už mi nedávaly to co dřív.

K7: Už mě to na drogách nebavilo.

K1: Bral jsem kolem 1g pervitinu denně.

Čím déle klienti berou drogy, tím více vyprchává i vzrušení z jejich užívání. Jejich život se stává více stereotypním. Popisují, že pocit „nájezdu²“ je stále slabší. Na drogách si již tolik neužívají, musejí zvyšovat dávky drog nebo frekvenci užívání. Sami klienti uvádějí, že užívání drog pro ně přestává být zajímavé.

K1: Život na drogách vůbec nezvládám, nemusel bych ho dlouho přežít.

K8: Nezvládal jsem svůj osobní život.

Život na drogách se stává pro klienty čím dál tím náročnější, začínají se u nich projevovat dopady užívání.

K4: Klesl jsem na své dno a uvědomil jsem si, že takhle žít nechci.

Dochází k uvědomění si vlastní situace, která mnohdy nevypadá moc příznivě. Často to bývá také argument některých poradenských služeb, že závislý musí klesnout na dno, aby byl ochoten si své problémy s užíváním drog připustit a začít uvažovat o změně. Problém vidím v tom, že pro každého to znamená něco jiného. Tento stav se jim nelíbí a vlastně chtějí zažít „bezstarostný“ život bez drog. Nic to nemění na tom, že je to jeden z důvodů, proč nastoupit léčbu.

K4: Chci změnit svůj dosavadní nezodpovědný život.

Po letech užívání drog dochází k přesvědčení, že život na drogách již není to co dříve a chce změnu. Dobrou zprávou je, že si uvědomuje, že dosavadní život byl nezodpovědný. Neřešil své problémy, utíkal před nimi do drogové závislosti, neřešil své dluhy, zdravotní dopady, neřešil, jaké následky bude mít drogová závislost na jeho blízké okolí, především rodinu.

K1: Chci se naučit abstinovat

K3: Mám spoustu problémů, které mě ohrožují v abstinenci.

² Nájezd je prvotní reakce, kterou uživatel cítí poté, co vykouří, šňupe nebo injekčně aplikuje pervitin. Během nájezdu se výrazně zvýší srdeční tep a metabolismus, krevní tlak a puls uživatele. Pervitinový nájezd může trvat až 30 minut.

Jedná se o velmi zajímavý moment, kdy po dlouhé době, kdy užívali drogy, chtějí také zažívat abstinenci. Má to i druhou odvrácenou stránku, s abstinencí přicházejí i pocity viny, bolest. Tedy stavy, které se s pomocí drog patrně snažili potlačovat.

K4: Chci být právoplatný člen společnosti

K6: Chci žít normální a smysluplný život.

K1: Chci žít normální život.

K1: Chci si založit rodinu a žít bez drog.

K4: Chci si užívat normálního života.

Tento moment, kdy uživatelé, kteří zprvu rebelují proti „normálnímu životu“ po stejném životě touží, mě překvapil. Nerozuměl jsem také termínu „normální život“. Pro mě to patrně znamená něco jiného než pro klienty, kteří mají jiné zkušenosti a „normální život“ pro ně může znamenat něco zcela rozdílného, než pro mě. Doptával jsem se proto klientů a vesměs se jejich představa „normálního“ života shoduje - chtějí mít rodinu, bydlení a stálou práci. Nechtějí užívat drogy.

K4: Nechci se za sebe stydět.

K7: Styděla jsem se za to, jak jsem na drogách vypadala.

Stud patrně rovněž hraje určitou roli v rozhodování o nástupu do léčby závislosti. V tomto případě je pro klientky důležité, jak vypadají před okolím. Užívání drog sebou obvykle nese známky v exteriéru klientů. Není to však jen o tom, jak vypadají, ale i jak se na drogách chovají. Stydí se za promiskuitu, vyzývavé či nezodpovědné chování apod.

K5: Nikdy jsem s braním drog nekončil sám, vždy mě něco donutilo.

Uživatelé drogy by se pravděpodobně sami o sobě nerozhodli skončit s braním, ale potřebují nějaký impuls, který by jim pomohl se pro takový krok rozhodnout. Kdyby jim drogy nezpůsobovaly žádné problémy a komplikace, nikdy by s užíváním neskončili.

4.3 Ztráta práce

Uživatelé považují zaměstnání jako jakýsi signál, že dosud, přestože užívají drogy, nespadli na úplné dno a dokáží fungovat, tj. nejsou na tom ještě tak špatně. Dokáží i s problémy pravidelně docházet do práce, ráno vstát, postarat se o sebe. Zdá se proto, že zaměstnání je pro ně určitým statusem životní úrovně. Pokud přijdou o zaměstnání, mohou se uchýlit k využívání šedé ekonomiky v zaměstnávání, ale dlouho to zpravidla nevydrží.

Drogy jsou finančně velmi nákladné. S postupující závislostí a potřebou drogy dochází ke ztrátě zaměstnání. Nejde pouze o to, že závislý člověk nemá dost času na to, aby docházel pravidelně do zaměstnání. Jeho jediným „zaměstnáním“ se stává obstarání potřebné dávky drogy, jediným cílem patřičně si tuto dávku užít. Zároveň s tím rychle klesá jeho kvalifikace a schopnosti jakoukoli práci systematicky vykonávat. Veškeré úsilí je přesunuto na drogu a na sehnání částky, kterou uživatel potřebuje k jejímu obstarání - den za dnem. Potřeba financí se zvyšujícími se dávkami stoupá. Pokud ještě nedošlo k příliš pokročilé tělesné degradaci, je častým způsobem výdělků prostituce a to jak heterosexuální tak i homosexuální. Dokud je uživatel drogy dostatečně mladý a tělesně v pořádku, je prostituce možností, jak vydělat i poměrně velké částky peněz. Ze sexuálních služeb a užívání drog se stává začarovaný kruh - uživatel se prostituuje, aby měl peníze na drogu, a zároveň potřebuje drogu, aby byl schopen mít sex za peníze s kýmkoli, kdo zaplatí. Uživatel si rychle zvykne na snadný přísun většího obnosu financí. S postupujícím věkem a díky tělesné zchátralosti, způsobené užíváním drogy, však poměrně brzy končí. Postupující věk a tělesná zchátralost, způsobená užíváním drogy, poměrně brzy snižuje atraktivitu člověka a tento zdroj financí vysychá. Následně uživateli nezůstává mnoho možností, jak uspokojit zvyšující se finanční nároky, které na něj drogová závislost klade. Drogy jsou natolik finančně náročné a zároveň natolik osobnostně devastující, že se v určité chvíli (když už není možné vydělávat prostitucí, protože by o dotyčného prostě nebyl zájem) stává kriminální činnost jediným způsobem, jak obstarat dostatečný objem financí.

K1, K8: Přišel jsem o práci.

K2: Přišla jsem o práci.

Užívání drog vede ke ztrátě zodpovědnosti, neplnění povinností, poklesu výkonu a schopností, zhoršení koncentrace a ke ztrátě paměti.

K1: Přestal jsem chodit do práce, o kterou jsem přišel.

Pokud práci mají a doposud ji neztratili, znamená to pro ně stále ještě nějakou úroveň, že na tom s drogovou závislostí nemusejí být ještě tak špatně. Pokud práci ztratí může to být signálem, že již nedokáží dodržovat dohody a termíny a závislost pokročila a je třeba vyhledat odbornou pomoc.

4.4 Problémy se zákonem

Často bývá problematika kriminality redukována pouze na trestnou činnost čistě drogovou, tedy výrobu, obstarání, držení, poskytnutí drogy, obchod s drogami a podobně a zapomíná se, že užívání drog, a to i těch legálních, má značný podíl i na jiných druzích kriminality.

Jako primární drogová kriminalita je označována trestná činnost spočívající v jednání, které porušuje právní předpisy v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Primární drogová kriminalita zahrnuje trestné činy nedovolené výroby a nedovoleného držení omamných a psychotropních látek, nedovolené výroby a nedovoleného držení předmětů určených výrobě omamných a psychotropních látek, podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (Zeman & Gajdošíková, 2010).

Jako sekundární drogová kriminalita se označují trestné činy, které nezahrnují přímo nakládání s nelegálními látkami, ale jsou spáchány v souvislosti s jejich užíváním a nakládáním s nimi (Zábranský, a kol., 2011).

Jedná se především o trestnou činnost směřující k získání majetkového prospěchu, který uživatel nutně potřebuje k obstarání drogy. Tento druh kriminality je obtížně přiřaditelný k drogové závislosti, pokud policie neodhalí pachatele. O jaké trestné činy se jedná? Jsou to krádeže, vloupání do osobních vozidel, objektů, zařízení, institucí nebo může jít o podvody, zpronevěry, loupeže apod. tyto trestné činy jsou motivovány obstaráním přímo financí nebo nějakého majetku, který následně může závislý někde za finance vyměnit. Podobný způsob obstarávání financí lze pozorovat jak u uživatelů

legálních návykových látek (alkoholici), stejně jako u uživatelů nelegálních návykových látek, tak i u nelátkových závislostí (gambleři).

Klienti páchají vcelku pravidelně trestnou činnost bez ohledu na následky. Některým se daří v trestné činnosti pokračovat poměrně dlouho, někteří takové štěstí nemají a přicházejí následky v podobě trestního stíhání. Obavy z trestního stíhání a případného uvěznění jsou natolik silné, že uživatelé drog mnohdy volí léčbu než pokračování v trestné činnosti.

Pokud je již zahájeno trestní stíhání, klienti zvolí rezidenční léčbu obvykle v terapeutické komunitě, psychiatrické léčebně/nemocnici protože jim to následně při soudním řízení pomůže zmírnit trest. Pro soud je to příznivý signál, že se snaží se svou závislostí, kvůli které páchali trestnou činnost, něco udělat. Jedná se o důležitou motivaci pro léčbu, je to lepší volba než kdyby zůstávali bez léčby na ulici. Je běžné, že i tito klienti během pobytu v komunitě naleznou i jiné důvody, proč neužívat drogy.

K2: Přišly potíže se zákonem – dvakrát jsem byla ve vazbě.

K2: Zatkli mě a 5 měsíců jsem byla zavřená.

K5: Mám velké problémy se zákonem. Čekám na soud.

K5: Skončil jsem ve vazbě, nechci jít sedět.

Nemusí se jednat jen o trestní stíhání samotných klientů. K rozhodnutí může přispět i možné trestní stíhání či uvalení vazby na osoby jim blízké. Začne jim docházet, že by sami mohli mít problémy se zákonem.

K2, K7: Zavřeli mi přítele.

Někdy stačí i jen pocit, že by mohli být trestně stíháni, bez signálů od Policie ČR.

K1: Měl jsem pocit, že po mě jde kriminálka.

K4: Nezvládal jsem život na drogách, hrozilo, že budu mít opět problémy se zákonem.

Ve chvíli, kdy již klient skončí ve vazbě či ve vězení, může být nástup do léčby jednou z podmínek soudu k propuštění z vazby či k podmíněnému propuštění z vězení. Volba léčby v je pro ně lepší volba než jít do vězení, kde je pro ně větší nesvoboda.

K5: Byl jsem na vazbě, odkud mě propustili jen pod podmínkou, že půjdu do léčby, neměl jsem na výběr.

K5: Kdyby nebyla vazba, tak do léčby vůbec nejdu, nezastavil bych to.

4.5 Tlak rodiny

Rodinný příslušník se často potýká se silnými pocity bezmoci ve vztahu k uživateli drog. Rodinný příslušník či osoba blízká nemůže přímo zajistit, aby v užívání drog dále nepokračoval, na druhou stranu zcela bezmocný také není. Může se vůči odmítanému jednání zcela jasně vymezit a především je nepodporovat. Právě to se ale velmi často děje (Čtrnáctá, 2013).

Rodina může mít na rozhodování klienta velký vliv. Ten se může doporučení rodiny podřídít, častěji však tlak rodiny – zejména v nižším věku klienta, kdy ještě v dospívání rebeluje – může vést ke zcela opačným činům, než chce rodina.

Rodiče svá doporučení, aby uživatel drog nastoupil do léčby podporují i dalšími aktivitami – utnou klientům přísun financí, seberou jim klíče od bytu a omezí i další výhody, které by je mohly dále udržovat v užívání drog.

K4: Rodina mě tlačila do léčby.

K3: Do léčby mě dotlačila rodina.

K7: Otec mě tlačil do léčby.

Ovlivňování užívajícího člena rodinou má rozličné podoby.

K4: Rodina mě zavrhla.

Uživatelé drog to mohou pociťovat i obráceně. Mohou se snažit naplnit přání rodinných příslušníků.

K7: Slibovala jsem okolí, že se svým stavem něco udělám.

K1: Chci přestat brát kvůli rodičům.

4.6 Zdravotní problémy

V této kapitole budu psát o léčbě zdravotních komplikací, které sebou nese užívání návykových látek.

Komplikace lze rozdělit na psychické a somatické. Uživatelé drog se potýkají s řadou zdravotních komplikací, své zdravotní problémy řeší pokud možno svépomocí, nejčastěji pomocí nelegálních drog nebo volně prodejných léků. Pokud to nezabere, tak se odhodlají k vyhledání odborné pomoci. Musí se tedy jednat již o závažné komplikace, když se rozhodnou pro léčbu závislosti.

Mezi diagnózu, kterou se uživatelé nejčastěji dozvědí od lékaře, je infekce VHC, dále může jít o tyto zdravotní komplikace: poruchy chrupu, abscesy v místě vpichu, zápal plic, VHB, abscesy jinde na těle, zánět ledvin a cirhóza jater (Mravčík & Nečas, 2014). Autoři v této studii uvádějí pět faktorů, pro které klienti nevyhledávají léčbu somatických komplikací ve zdravotnických zařízeních. Jedná se o strach z neznáma, nechuť nastoupit do léčby, kam patří široké spektrum obav, zahrnující praktické důvody – strach ze ztráty přátel, z abstinenčních příznaků, kolektivu v léčbě. Obavy z represe a kriminalizace – nástup do léčby by mohl vést ke konfrontaci se systémem (právním, zdravotním, sociálním). Do kategorie bariéry rodinných a existenčních vazeb je možné zařadit jistou neschopnost nebo nechuť vymanit se z rodinného/sociálního zázemí a tím přerušit nebo uvolnit fungující vazby a vztahy. Do kategorie špatné zkušenosti s předchozí léčbou lze zařadit špatné zkušenosti s přístupem zdravotnického personálu. Poslední bariéra je jakýsi pocit nepotřebnosti léčby, kdy si klienti nemyslí, že ji potřebují nebo popírají účinky léčby.

Se závažnými somatickými komplikacemi se již s volně prodejnými léky nedokáží „svépomocí“ vypořádat, což může mj. to vést k rozhodnutí se svou závislostí něco udělat.

K1: Hrozně jsem zhubl, přišly s tím i další zdravotní komplikace.

K2: Přišla jsem o zdraví.

K7: Měla jsem zdravotní problémy.

K2: Začaly se projevovat zdravotní problémy – důsledky žloutenky.

Somatické komplikace a jejich důsledky často uživatelé potlačují s pomocí užívaných návykových látek. S psychickými komplikacemi, jež uživatelé prožívají patrně mnohem hůře, to již tak dobře nelze.

Mezi nejčastější psychické komplikace uživatelé uvádí toxickou psychózu a myšlenky na sebevraždu (Mravčík, a kol., 2014).

Popisují např., že stačí jedna až dvě zkušenosti s toxickou psychózou, aby se rozhodli se závislostí a nepříjemnými následky užívání návykových látek něco dělat. Jedná se o velmi nepříjemný stav, který vůbec nekontrolují, ale někdy si i mohou uvědomovat, že něco s jejich psychikou není v pořádku.

K1: Prošel jsem si toxickou psychózou.

K8: Měl jsem toxickou psychózu.

K7: Měla jsem na drogách psychické problémy, halucinace.

Nepříjemné psychické stavy a pocit, že z toho nemohou ven, může vést klienty až k myšlenkám na sebevraždu nebo sebevraždě samotné.

K8: Měl jsem psychické problémy, přemýšlel jsem o sebevraždě.

K8: Úmyslně jsem se předávkoval

S tím, jak se u klientů prohlubuje závislost na návykových látkách, tak se čím dál tím častěji objevují další zdravotní problémy, které klientům znepříjemňují život. Rozhodují se proto tuto oblast řešit jako celek a nastupují do léčby.

4.7 Oběť

Uživatelé drog se také poměrně často stávají oběťmi kriminální činnosti či násilí. Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 (Mravčík , a kol., 2016) patří mezi nejčastější trestné činy ohrožení pod vlivem návykové látky, do této kategorie se řadí i násilné trestné činy.

Ve výzkumu 3 klientky shodně uváděly jen dva důvody, proč nastoupily do léčby – šlo o případy, že byly okradeny nebo je opakovaně zbil jejich přítel. Zajímavé je, že respondenti muži neuváděli, že by se stali obětí trestné činnosti. Je možné, že se stydí za to, že by mohli být obětí nebo to může být způsobeno tím, že se jako uživatelé drog pohybují v prostředí, kde je páčání trestných činů na denním pořádku, tak tomu již nevěnují takovou pozornost.

K3: Přítel mě zmlátil.

K6: Ponižování a násilí přítele.

K6: Měla jsem problémy s přítelem, bil mě.

4.8 Ztráta životních jistot

Poslední kategorii jsem nazval ztráta životních jistot. Je to soubor různých ztrát v životě uživatele drog, které někteří z respondentů uvedli jako faktor/impuls, který je motivoval k nástupu do léčby.

Takovým typem důvodu pro nástup do léčby může být i rozchod s přítelkyní. Pro klienta to může znamenat ztrátu jistoty blízké osoby, kdy rozchod může být natolik stresující zkušeností, ze které chce uniknout, že se rozhodne pro léčbu.

K8: Rozešel jsem se s přítelkyní.

Ztráta nebo vysychající finanční zdroje hrají svou roli při rozhodování. Pro uživatele to znamená hledat nové zdroje, což souvisí i s předchozími důvody, jako je trestná činnost, prostituce apod.

K3: Neměla jsem peníze a neměla jsem z čeho žít.

K3: Hrozilo mi, že začnu prostituovat.

Stejně jako ostatní, co neužívají návykové látky, mají i uživatelé drog, než začnou brát, své životní cíle. Může se jednat například o dokončení školy, sportovní výkony, cestování, práci, pracovní zařazení či rozjezd podnikání. Pokud se během své „drogové kariéry“ dostanou do problémů, začnou si někdy vzpomínat na své původní cíle a možná si i uvědomí, že vše podřídili drogám a drogovému stylu života. I to pak může být impulsem pro rozhodnutí nastoupit do léčby.

K1: Mé životní cíle šly stranou.

Po ztrátě blízké osoby někteří uživatelé konzumaci návykových látek obvykle zintenzivní, tzv. „jedou bomby“. Po různě dlouhé epizodě takového způsobu užívání drog někdy dojdou k poznání, že tímto způsobem již dále žít nelze a rozhodnou se jít léčit.

K4: Nevládl jsem smrt matky.

4.9 Souhrn

Během provádění výzkumu postupně vycházelo najevo, že roli v rozhodnutí nastoupit do léčby drogové závislosti nehraje nikdy jen jeden z výše uvedených důvodů, ale vždy se jednalo o kombinaci vícero důvodů.

Mezi nejčastější témata, která se objevovala v průběhu zpracování analýzy byla ztráta bydlení, touha po „normálním“ životě a obavy z následků trestné činnosti. Velmi řídce se objevovala témata v podobě hrozby prostituce a pocity studu z toho, jak vypadá klientka na drogách.

5 Diskuze

Ve výzkumné části mé diplomové práce jsem se zaměřil na důvody, které vedly klienty k nástupu do léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Z výzkumu vyplynulo celkem osm důvodů, které korespondují s výzkumem, jenž prováděl Blomqvist (1996) a v němž se zabýval přirozenou úzdavou klientů, přičemž identifikoval celkem dvanáct důvodů, pro které se klienti uzdravují. Identifikované důvody přirozené údravy jsou: existenciální nebo osobní krize/zoufalství; tlak nebo rady od blízkých osob; pozitivní klíčové události nebo změny životního stylu³; esoterické nebo spirituální zkušenosti; situační změny; intrapsychické změny⁴; zdravotní problémy; rodinné problémy nebo problémy s přáteli; pracovní nebo finanční problémy; problémy se zákonem; děsivé či ponižující zážitky; strach ze sankcí nebo označování. Tyto důvody korespondují i s mým výzkumem.

Nikdy však tento důvod nestojí sám o sobě, tzn. klient se pro nástup do léčby nerozhodne jen proto, že ho rodič vyhodí z bytu. Obvykle v něm nějakou dobu zraje rozhodnutí a jeden z mnou identifikovaných důvodů nebo kombinace více z nich je tou pomyslnou poslední kapkou. Obvykle se jedná o kombinaci více důvodů.

Dále bych se chtěl v diskuzi věnovat tomu, co mohlo ovlivnit výsledky a jejich případné zkreslení. Jsem si vědom toho, že zkreslení může způsobit zvolený výzkumný soubor, respektive jeho velikost. Pro potvrzení a/nebo vyvrácení mnou stanovených hypotéz o důvodech, které ovlivňují rozhodnutí klientů nastoupit do léčby, bych doporučoval realizovat kvantitativní výzkum s mnohem větším, reprezentativním výzkumným vzorkem respondentů, klientů nejen jedné terapeutické komunity, ale i z psychiatrických léčeben/nemocnic.

Zkreslení výzkumu bych viděl také v možném lhaní či vymýšlení si klientů v úvodní fázi léčby. Mám na mysli např. klienta, který se chce dostat do léčby v terapeutické komunitě a píše životopis tak, že některé své situace ze svého života může popsat trochu jinak, aby mu „hrály do karet“ při rozhodování terapeutického týmu, zda ho do léčby přijme. Tento fenomén může hrát roli i při přijímací části, kdy ostatním klientům čte své odpovědi na „otázky při přijetí“. Toto možné zkreslení jsem se snažil eliminovat tím, že

³ Jedná se o změnu zaměstnání, bydliště, sociálního okolí klienta.

⁴ Psychické zranění osobnosti, síla vůle.

jsem data sbíral z více zdrojů a nakonec jsem s klienty udělal polostrukturovaný rozhovor po 3 měsících léčby, kdy byl mezi námi již vytvořen vztah vzájemné důvěry.

Také si uvědomuji, že zkreslení může pocházet ze mne samotného a malé zkušenosti z předchozích výzkumů.

Lze výsledky výzkumu použít v praxi? Rozhodně ano. Např. při realizaci motivačních rozhovorů s klienty v kontaktních centrech, kdy pracovníci mohou s využitím identifikovaných důvodů motivovat uživatele návykových látek k nástupu do léčby. Velmi často dostáváme na tzv. rodičovských víkendech od rodinných příslušníků otázky na to, co měli vlastně dělat se svými dětmi před nástupem do léčby. Co by jim pomohlo v rozhodnutí. Nyní jim můžeme zodpovědně odpovědět, co vše přispívá k rozhodnutí uživatelů návykových nastoupit do léčby závislosti. Rodiče mají také obavy vyhodit své drogy užívající potomky z bytu, protože by potom skončili na ulici a mohli by podle rodičů skončit špatně. Rodinní příslušníci bývají zoufalí a hledají rady a informace.

5.1 Závěr

V diplomové práci jsem se zaměřil na identifikaci důvodů, proč klienti nastupují léčbu v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Cílem bylo zjistit, jaké hlavní důvody či vlivy hrají v jejich rozhodování nastoupit do léčby roli.

Výzkumný soubor tvořilo 8 klientů Terapeutické komunity WHITE LIGHT I. Pro výzkum se mi jako nejhodnější přístup jevil kvalitativní přístup, který umožňuje pozorovat téma „očima klientů“, což kvalitativní přístup nedokáže. Analyzoval jsem již vytvořené dokumenty – životopisy, vstupní otázky klientů a zápisy ze skupin, které jsem doplnil o data získaná polostrukturovaným rozhovorem. Data získaná z různých zdrojů jsem vzájemně porovnával - trianguloval, abych zajistil co největší míru validity a reliability mých zjištění získaných prostřednictvím jejich analýzy a následné interpretace.

Podařilo se mi identifikovat celkem osm hlavních důvodů, které patrně hrály roli v procesu rozhodování respondentů, zda nastoupit do programu pobytové léčby v TK WHITE LIGHT I. Tyto důvody jsou: ztráta bydlení; touha po „normálním“ životě bez drog; ztráta práce; problémy se zákonem; tlak rodiny; zdravotní problémy; oběť a ztráta životních jistot. Mnou identifikované důvody pro rozhodnutí uživatelů drog nastoupit do léčby se shodují se zjištěními v jiných, podobně zaměřených výzkumech, které byly v minulosti v zahraničí realizovány.

Sebraná data a kódy se opakovaly ve více zdrojích, tím se vícezdrojový základ výzkumu, podpořený polostrukturovaným rozhovorem s klienty, ukázal jako velmi vhodný. Snažil jsem se tím minimalizovat riziko zkreslení.

Omezení výzkumu je především ve velikosti zkoumaného vzorku a zaměření jen na jednu terapeutickou komunitu. Doporučoval bych další rozsáhlejší výzkum, který by zapojil i jiná léčebná zařízení, případně se zaměřit na jednotlivá témata a více je ve výzkumu rozvést.

Výsledky je možné použít především v adiktologických zařízeních, kde pracují s rodinnými příslušníky uživatelů drog.

Literatura

- Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (str. 451). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. V K. Kalina, & J. Radimecký, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Blomqvist, J. (1996). Paths to Recovery from Substance Misuse: Change of Lifestyle and the Role of Treatment. *Substance Use & Misuse*, 1807-1852.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., & Brochu, S. (2015). Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 301-307.
- Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav Akademie věd České republiky. (březen 2017). Tolerance k vybraným skupinám obyvatel - březen 2017. *Naše společnost*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Cunningham, J. A., Koski-Jännes, A., & Toneatto, T. (1999). Why do people stop their drug use? Results from a general population sample. *Contemporary Drug Problems* 26, 695-710.
- Čtrnáctá, Š. (2013). Kdo je klient? Rodina, uživatel nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. *Rodina & drogy*, 19-25.
- DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). *Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (The CMRS Scales): Predicting Retention in Therapeutic Community Treatment*. (Sv. 20(4)). New York: American Journal of Drug & Alcohol Abuse.
- EMCDDA. (2004). *Annual report on the state of drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
- Gossop, M. (2004). *Drug Addiction and its Treatment*. New York: Oxford University Press.

- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (February 2000). Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 58, stránky 165-172.
- Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. V K. Kalina, *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hartl, P. (1997). *Komunita občanská s komunita terapeutická*. Praha: SLON.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, s.r.o.
- Jedlička, O. (2016). *Bariéry před vstupem do dlouhodobé pobytové léčby závislostí u injekčních uživatelů návykových látek ve věkovém rozpětí střední a starší dospělosti v kontextu Self-Esteem a Self-Efficacy*. Brno: Masarykova univerzita, Filosofická fakulta, Psychologický ústav.
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. V K. Kalina, & J. Radimecký, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. V K. Kalina, & J. Radimecký, *Drogy a drogové závislosti 2 - mezioborový přístup* (str. 105). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K., & Radimecký, J. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic communities for Addicts. *Adiktologie*, 144-164.
- Knobloch, F., & Knoblochová, J. (1999). *Integrované psychoterapie v praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Kooyman, M. (2004). Terapeutické komunity pro závislé. V P. Nevšímal, *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj* (stránky 84-88). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.

- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G. (2005). *Substance Abuse*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení Scan.
- Minařík, J., & Řehák, V. (2008). Somatické komplikace a komorbidita. V K. Kalina, *Základy klinické adiktologie* (stránky 88-92). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing, a.s.
- Mravčík, V., & Nečas, V. (2014). Somatická komorbidita uživatelů drog. *Zaostřeno na drogy* 4/2014, 1-20.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., . . . Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Skařupová, K., Šťastná, L., . . . Zábranský, T. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nevšímal, P. (2004). Původ a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé. V P. Nevšímal, *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj* (stránky 153-196). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addiction*. Chichester: Wiley.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Richterová-Těmínová, M. (2007). Cíle léčby. V P. Nevšímal, *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - česká praxe* (stránky 35-37). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- Řicháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., . . . Haasen, C. (2010). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Stimson, G. V., & Oppenheimer, E. (1982). *Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain*. London: Tavistock Publications.
- Šefránek, M. (2014). *Evaluaace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé*. Praha: Univerzita Karlova.
- Úřad vlády ČR. (6. Leden 2013). Načteno z Certifikace odborné způsobilosti služeb: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/certifikace-odborne-zpusobilosti-sluzeb-69227/>
- WHO. (2008). *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Geneva: World Health Organization.
- Zábranský , T., Běláčková, V., Fidesová, H., Vopravil, J., Šucha, M., & Štefunková, M. (2011). *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR 2007*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Zeman, P., & Gajdošíková, H. (15. únor 2010). Nový trestní zákoník. Změny v postihu (nejen) drogové kriminality. *Zaostřeno na drogy*.